

**Sveučilište  
Sjever**

Završni rad br. 922/SS/2017

# **Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od poremećaja hranjenja**

Dragana Bogdan, 0191/336

Varaždin, rujan, 2017. godine





# **Sveučilište Sjever**

Odjel za Biomedicinske znanosti

**Završni rad br. 922/SS/2017**

## **Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od poremećaja hranjenja**

**Student**

Dragana Bogdan, 0191/336

**Mentor**

Marija Božičević, mag. med.techn

Varaždin, rujan, 2017. godine

# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Dragana Bogdan	MATIČNI BROJ	0191/336
DATUM	11.7.2017	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od poremećaja hranjenja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing care for patients with eating disorders		
MENTOR	Marija Božičević, mag.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Marijana Neuberg, mag.med.techn., predsjednik 2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor 3. Melita Sajko, dipl.med.techn., član 4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član 5.		

## Zadatak završnog rada

BROJ	922/SS/2017
OPIS	<p>Poremećaji hranjenja definiraju se kao kronično samoinicijativno izgladnjivanje ili prejedanje zbog iskrivljene percepcije vlastitog tijela i predstavljaju veliki javnozdravstveni problem pandemijskih razmjera.</p> <p>Karakterizira ih poremećen odnos prema hrani, negativna slika o vlastitom tijelu i narušeno samopoštovanje.</p> <p>Ovi poremećaji nastaju kao posljedica bioloških, psiholoških i sociokulturalni faktora te njihovih međusobnih utjecaja.</p> <p>Tri su osnovna tipa poremećaja hranjenja: anoreksija nervoza, bulimija nervoza i kompulzivno prejedanje.</p> <p>Ovi poremećaji javljaju se uglavnom u mlađoj populaciji ženskog spola, no njihova pojavnost nije rijetka ni u srednjoj životnoj dobi kao ni za muški spol.</p> <p>Obzirom na sve veću učestalost poremećaja hranjenja sestrinske kompetencije i intervencije usmjerene su ka podizanju svijesti o ovom rastućem problemu, primarnoj prevenciji, specifičnoj zdravstvenoj njezi oboljelih, edukaciji oboljelih, njihovih obitelji i šire zajednice, pomoći u stvaranju pozitivne slike o sebi te ukazivanju o posljedicama lošeg prehranbenog ponašanja.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- definirati osnovne pojmove: anoreksija nervoza, bulimija nervoza, kompulzivno prejedanje</li><li>- prikazati epidemiologiju i etiologiju poremećaja</li><li>- opisati dijagnostičke kriterije i kliničku sliku</li><li>- prikazati liječenje</li><li>- prikazati i pojasniti sestrinske dijagnoze i intervencije specifične za poremećaje hranjenja</li></ul>

ZADATAK URUČEN



POTPIS MENTORA

## **Predgovor**

Na samom početku završnog rada željela bih ukratko objasniti motivaciju koja stoji iza mog odabira baš ove teme. S obzirom da završni rad predstavlja kraj ove faze studija, smatrala sam kako tema treba obraditi problem koji je aktualan u današnjem svijetu i s kojim se i sama u određenoj mjeri susrećem.

Kako se već neko vrijeme aktivno bavim fitnessom, svjedok sam kako velik broj ljudi pokušava pronaći prečac do što boljih rezultata. Taj prečac najčešće podrazumijeva korištenje različitih suplemenata, ali i rigorozne dijete koje, ako se ne drže pod kontrolom, mogu u manjoj ili većoj mjeri prerasti u poremećaj prehrane.

Kao budućoj medicinskoj sestri, bilo mi je bitno pobliže se upoznati s nekim od tih poremećaja i načinima kako se oni mogu spriječiti, ali i prepoznati i liječiti ako do njih dođe.

Željela bih se zahvaliti mentorici mag.med.techn. Mariji Božičević na pomoći i savjetima prilikom pisanja ovog završnog rada, kao i dečku te obitelji i svima koji su bili uz mene tijekom studiranja i pomogli mi u uspješnom svladavanju svih prepreka.

## Sažetak

Poremećaji hranjenja obuhvaćaju širok spektar poremećaja, a najčešće se javljaju u obliku nezdrave i ekstremne redukcije unosa hrane, karakteristične za anoreksiju nervozu ili prenaplašenog kompulzivnog prejedanja karakterističnog za bulimiju nervozu. Takvi poremećaji uključuju ozbiljne smetnje ponašanja prilikom uzimanja hrane te predstavljaju velik javnozdravstveni problem. Riječ je o ozbiljnim poremećajima koji utječu kako na psihološko tako i tjelesno te socijalno funkcioniranje oboljele osobe koje u konačnici može dovesti do ireverzibilnih tjelesnih oštećenja pa i smrti. Kao uzrok poremećaja uhranjenja navodi se multifaktorsko djelovanje bioloških, psiholoških i socioloških čimbenika. Iako se naizgled čini da kod ovakvog tipa poremećaja hrana predstavlja glavni problem, on je znatno opsežniji. U pozadini vidljivih simptoma mogu se nalaziti problemi u bliskim odnosima, poteškoće u doživljavanju vlastitog tijela i izražavanju emocija, nisko samopoštovanje i samopouzdanje te težnja za perfekcionizmom. Važnu ulogu čine i sociokulturalni čimbenici među kojima se ističu mediji, vršnjaci i obiteljska struktura. Od bioloških čimbenika ističu se spol, dob i tjelesna težina. U mnogim teoretskim modelima kao predisponirajući faktor za razvoj poremećaja u hranjenju navodi se i provođenje dijeta. Ovakve vrste poremećaja karakteristična su pojava uglavnom za mlađu populaciju i to ženskog spola. Prema novim zapažanjima, odnosno tzv. transdijagnostičkoj teoriji pojedini autori mišljenja su da poremećaji hranjenja pripadaju jedinstvenoj dijagnostičkoj kategoriji. U prevenciji i liječenju poremećaja prehrane znanje ljudi o zdravoj prehrani kao i svjesnost oboljelih o normalnoj tjelesnoj težini imaju važnu ulogu. Primarna prevencija od nastanka bilo kakvih poremećaja, u ovom slučaju poremećaja u prehrani, u najvećoj mjeri bi se trebala svoditi na edukaciju zdrave, opće populacije. Stoga se velika odgovornost nameće visokoobrazovanim medicinskim sestrama jer usluge koje pružaju u samoj skrbi za pacijenta postaju sve kompleksnije. Medicinska sestra provodi najviše vremena s oboljelima te kao član tima uviđa promjene u stanju pacijenta. Intervencijama koje provodi utječe na pacijentovo prihvaćanje liječenja i stvaranje osjećaja sigurnosti. Uz to, nužno je poštivanje osnovnih načela zdravstvene njege psihijatrijskih pacijenata u obavljanju intervencija.

**Ključne riječi:** poremećaji hranjenja, anoreksija nervozna, bulimija nervozna, dijeta, sestrinska skrb

## Summary

Feeding disorders include a wide range of disorders and are most often in the form of unhealthy and extreme food intake reduction which is the case with anorexia nervosa or emphasized compulsive overeating which is typical for bulimia nervosa. These disorders include serious behaviour disturbances regarding food intake and represent a serious public healthcare problem. These are serious disorders which affect not only psychological but also physical and social functioning of the affected person which can ultimately lead to irreversible physical damage and death. Multifactor actions of various biological, psychological and sociological factors are said to be the cause of feeding disorders. Though it may seem that the main problem here is food, the problem is much more extensive. Hidden by the visible symptoms, problems with close relationships can occur, as well as difficulties with experiencing your own body and expressing your emotions, low self-esteem, confidence and aspiration towards perfection. Sociocultural factors like the media, peers and family also play an important role. Gender, age and weight are the main biological factors. A predisposing factor for the development of eating disorders, according to many theoretical models, is dieting. These kind of disorders are mostly characteristic for the younger female population. According to the new observations or the transdiagnostic theory, certain authors believe that feeding disorders belong in a unique diagnostic category. The population knowledge of healthy dieting, as well as the awareness of the ill individuals about normal body weight have an important role in the prevention and treating of food disorders. Educating the healthy population should be the primary measure of preventing not only food disorders, but disorders in general. Therefore, great responsibility is imposed on highly educated nurses because the service they provide in the caring process are becoming more and more complex. Nurses spend the most time with the patients and is the medical team member which recognizes the changes in the patients' condition. The interventions they carry out affect the patients' acceptance of the treatment and his sense of security. Besides that, nurses have to comply to the basic principles of psychiatric patients health care during their interventions.

**Keywords:** feeding disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, diet, nursing care

## **Popis korištenih kratica**

**HKMS** Hrvatska komora medicinskih sestara

**DSM – IV** Dijagnostički i statistički priručnik duševnih poremećaja

**AN** Anoreksija nervoza

**BN** Bulimija nervoza



## Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Razlika između poremećaja i problema .....	4
3.	Anoreksija nervoza .....	5
3.1.	Klinička slika.....	5
3.2.	Dva tipa anoreksije nervoze .....	6
3.3.	Epidemiologija .....	7
3.4.	Etiologija .....	8
3.5.	Dijagnoza .....	8
3.6.	Terapija.....	9
4.	Bulimija.....	10
4.1.	Klinička slika.....	10
4.2.	Dva tipa bulimije:.....	12
4.3.	Epidemiologija .....	12
4.4.	Etiologija .....	13
4.5.	Dijagnoza .....	13
4.6.	Terapija.....	14
5.	Poremećaji hranjenja – jedan ili više poremećaja? .....	15
5.1.	Kliničke karakteristike anoreksije i bulimije nervoze .....	15
5.2.	Prijelaz iz jedne u drugu dijagnozu .....	17
6.	Povezanost djeteta s razvojem poremećaja u hranjenju .....	19
6.1.	Načini održavanja djeteta .....	19
6.2.	Efekti provođenja djeteta .....	20
6.3.	Tjelesne promjene .....	20
6.4.	Psihološke promjene .....	20
6.5.	Uloga djeteta u razvoju poremećaja hranjenja .....	20
7.	Važnost medicinske sestre u prevenciji i skrbi od poremećaja u hranjenju.....	22
8.	Najčešće sestrinske dijagnoze kod osoba s poremećajem u prehrani .....	24
8.1.	Ostale moguće sestrinske dijagnoze.....	24
8.2.	Sestrinske intervencije kod bolesnika s poremećajima hranjenja .....	25
9.	Zaključak.....	27
10.	Literatura.....	30
11.	Popis slika .....	31

# 1. Uvod

Potreba za hranom kao osnovnom fiziološkom potrebom prepoznata je još od davnina. Abraham Maslow, poznat kao osnivač teorije hijerarhije ljudskih potreba, hranu je smjestio u prvu i najveću stepenicu svoje piramide. Potrebno je naglasiti kako se u prvoj od pet stepenica njegove piramide nalaze najosnovnije, fiziološke potrebe koje osim hrane uključuju potrebu za vodom i zrakom. Teorija Abrahama Maslowa definira način čovjekova prelaska s niže na višu stepenicu tako da se prvo zadovolje potrebe s nižih stepenica. Čovjek može prijeći na sljedeću stepenicu sve dok ne dođe do samog vrha, odnosno tzv. stepenice samoaktualizacije. Prema tome čovjek dok god ne zadovolji potrebu za hranom, ne može prijeći na sljedeću stepenicu jer se pretpostavlja da gladan neće moći razmišljati o potrebama koje se nalaze u višim stepenicama.

Poremećaji u uzimanju hrane predstavljaju društveno neprihvatljivo ponašanje povezano s hranom i tjelesnom težinom. Što se tiče prehrambenih navika, osobe oboljele od poremećaja u hranjenju najčešće idu iz jedne krajnosti u drugu, odnosno sklone su održavanju restriktivnih dijeta te s druge strane unošenju enormnih količina hrane. Kod poremećaja u hranjenju sama hrana nije jedini problem kao što se na prvi pogled čini jer ti poremećaji uzrokuju određene fiziološke i psihološke probleme. Osoba oboljela od ovakve vrste poremećaja najčešće nad sobom nema kontrolu te nakon unosa hrane javlja se osjećaj krivnje. Začarani krug koji se sastoji od prejedanja, krivnje, zatim restrikcije najčešće rezultira pojavom depresije.

Cilj ovog završnog rada je dati osvrt na sestrinsku skrb za oboljele od poremećaja hranjenja, no prije toga ću se dotaknuti samih poremećaja hranjenja koje je potrebno definirati kako bismo uopće i razumjeli o kakvim je poremećajima riječ. U skladu s tim, prvo je potrebno definirati granicu koja čini razliku između problema i poremećaja u hranjenju što je tema drugog poglavlja.

Treće i četvrto poglavlje rada posvećena su definiranju, etiologiji, epidemiji te liječenju najučestalijih poremećaja u hranjenju, a to su anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Potrebno je napomenuti kako postoji niz poremećaja u hranjenju kao što su ortoreksija, manoreksija, nearlyreksija, pregoreksija, neodređeni oblik poremećaj u hranjenju, no kao najpoznatiji poremećaji s najučestalijom zabilježenom pojavom su anoreksija nervoza i bulimija nervoza, tako da će se rad u velikoj mjeri bazirati na ta dva poremećaja.

Nadalje, neki stručnjaci mišljenja su kako ta dva najpoznatija poremećaja nema potrebe razdvajati na zasebne poremećaje, već se mogu promatrati kao jedan poremećaj. Kao potkrepljenje te konotacije, prikazat ću slučaj Chiare u petom poglavlju.

Neki pak stručnjaci smatraju kako je prakticiranje dijete već u adolescentsko razdoblje okidač za razvoj poremećaja u hranjenju. Da bi se razumio povod takvom stajalištu pojedinih

autora potrebno je opisati načine kojima se provode dijete kao i efekte istih te u konačnici koja je uopće njezina uloga za razvoj poremećaj što ću pokušati pojasniti u šestom poglavlju.

Sedmo poglavlje namijenjeno je za konkretnu temu rada u kojemu ću pokušati pobliže pojasniti kolika je važnost medicinske sestre, odnosno koji su načini kojima ona može pridonijeti u prevenciji poremećaja, ali i zbrinjavanju oboljelih pacijenata od poremećaja hranjenju.

U posljednjem, ali ništa manje bitnom poglavlju vezano za konkretnu temu iznijeti ću najčešće sestrinske dijagnoze te intervencije koje su po preporuci HKMS ključne za pacijentovo dobro zdravstveno stanje, kako sa fizičkog, tako i sa psihičkog gledišta. Kao što sam već ranije spomenula, rad se velikim dijelom temelji na opisima anoreksije nervoze i bulimije nervoze čiji su opisi poznati još iz doba antike. Potrebno je naglasiti kako se ti opisi, osim anoreksije i bulimije nervoze, odnose i na ostale poremećaje u hranjenju. Informacije o prvim opisima poremećaja u hranjenju kao i njihovom razvoju kroz nekoliko stadija, predisponirajućim faktorima za razvoj poremećaja u hranjenju te učestalosti u populaciji prikazati ću u nastavku rada.

Poremećaji vezani za prehranu nisu nova pojava, opisani su još u antičkim zapisima. Usprkos prisutnoj svijesti o postojanju poremećaja prehrane tijekom cijele povijesti, adekvatna istraživanja te promatranje poremećaja u svojoj simptomatologiji i mogućnostima liječenja počinju se provoditi tek u novije vrijeme. [1]

Sam razvoj poremećaja u hranjenju opisuje se kao proces koji se odvija kroz tri međusobno različita stadija. Prvi i početni stadij obuhvaća period od samog rođenja pa do pojave onoga što se može uzeti za uzrok promijenjenog ponašanja u hranjenju. Nakon toga slijedi drugi stadij koji obuhvaća period od razvoja uzroka u promijenjenom ponašanju do jasnog nastupa poremećaja. U najvećem broju slučajeva uzrok promijenjenog ponašanja u uzimanju hrane je provođenje dijete koja se uzima kao predisponirajući čimbenik za razvoj jednog od poremećaja kao što su anoreksija ili bulimija nervoza. U trećem, a ujedno i posljednjem stadiju održavajući faktori u interakciji sa zaštitnim određuju kada će bolest nastupiti te hoće li biti prolaznog karaktera ili će se ukorijeniti kao kronična.

Predisponirajući faktori bitni za nastanak promjena u ponašanju još u prvom stadiju često su rezultat spleta bioloških, psiholoških i sociokulturalnih faktora koji međusobno imaju utjecaj jedan na drugog:

→Biološki: Dob, spol, tjelesna težina, sklonost debljanju, povijest oboljenja od poremećaja hranjenja unutar obitelji, pojava depresije u obitelji, neurološka i fiziološka odstupanja.

→Psihološki: Nisko samopoštovanje, perfekcionizam, emocionalna nestabilnost, depresivnost, anksioznost, predodžba o izgledu vlastitog tijela, odnosno nezadovoljstvo njime, želja za

ugađanjem drugima, zadirkivanje, poremećeni odnosi unutar obitelji, seksualno zlostavljanje u djetinjstvu.

→ Sociokulturalni: Mediji i vršnjaci, socijalni pritisak - mršavost kao imperativ, neprihvatanje prirodnog oblika tijela, promijenjena socijalna uloga žene karakteristična povećanim zahtjevima i očekivanjima prema ženama u vidu tzv. „superžena“, glorifikacija poremećaja hranjenja, predrasude prema gojaznima, tendencija socijalnog uspoređivanja. [2]

U malom broju postoje poremećaji koji su izazvali toliku medijsku prašinu, ali i interes šire javnosti kao što su to poremećaji u hranjenju, koji zasigurno predstavljaju velik javnozdravstveni problem. Osobe oboljele od poremećaja u hranjenju imaju ozbiljne smetnje u ponašanju. Postoji nekoliko oblika poremećaja u prehrani, a kao glavni oblici tih poremećaja navode se anoreksija i bulimija karakterizirani trajnim i patološkim promjenama u prehranbenim navikama. Anoreksija za koju je karakteristična nezdrava i ekstremna redukcija unosa hrane u organizam te bulimija karakterizirana kompulzivnim prejedanjem.[3] Oba poremećaja mogu se usko povezati kao simptomi graničnog poremećaja ličnosti. [4]

Provedena istraživanja ukazuju nam kako sve veći broj ljudi obolijeva od poremećaja u hranjenju. Ovakve vrste poremećaja karakteristična su pojava uglavnom za mlađu populaciju i to ženskog spola. Ovdje su posebno ugrožene djevojčice jer su istraživanja koja su proveli još u prošlom stoljeću Dwyer, Huenemann i suradnici te Nylander pokazala da djevojčice već u razdoblju adolescencije imaju iskrivljenu sliku o svom tijelu, tj. da su deblje nego li uistinu jesu, što posljedično vodi k želji za mršavošću, dok dječaci njihove dobi, suprotno njima, imaju tendenciju za visinom i težinom. Djevojčice zato često pristupaju raznim dijetama koje su predisponirajući čimbenik za razvoj poremećaja u hranjenju. [5]

Iako rijetka, ali uočena je i pojava poremećaja u hranjenju i u srednjoj životnoj dobi. Kao što je već ranije spomenuto, tipično je da se ovakvu vrstu poremećaja veže uz ženski spol. Procjenjuje se kako omjer oboljelih osoba ženskog spola u odnosu na muški spol iznosi 10:1. Prvi slučaj muškaraca s poremećajem prehrane zabilježen je još davne 1689. godine. Muškarci su uglavnom su bili ignorirani, zanemareni i izostavljeni iz istraživanja zbog toga što su u statističkom smislu predstavljali rijetkost. [2] Prema malobrojnim podacima kojima se raspolaže, čini se da je među muškarcima pogođenim poremećajima hranjenja povećana prevalencija u onih premorbidne pretilosti (50%), zatim pripadnika homoseksualne orijentacije (20%) te depresije i zloupotrebe psihoaktivnih tvari (30%). [6]

O težini ovakve vrste poremećaja govori podatak o visokoj stopi mortaliteta koja iznosi 4 - 18%. Navodi se kako u razvijenim zemljama najčešće 1 - 2% adolescentica i mladih žena obolijeva od anoreksije i bulimije nervoze, pa se bulimija smatra jednim od „glavnih zdravstvenih problema“ u SAD-u. [7]

## 2. Razlika između poremećaja i problema

Poremećaji poput anoreksije i bulimije ili pak dijete i kure mršavljenja postale su dio žargona. No, usprkos uvrštavanju tih pojmova u svakodnevni govor, značenje mnogih riječi je izmiješano. U brojnim popularnim časopisima ili člancima izrazi poput „problem hranjenja“ i „poremećaj hranjenja“ često se upotrebljavaju naizmjenično, a da se pri tome ne vodi računa o različitosti značenja tih izraza. Treba uzeti u obzir činjenicu da „problem hranjenja“ ujedno ne znači i „poremećaj hranjenja“, kao što i anoreksična osoba ne odgovara pojmu „ekstremno mršava osoba“. Kako bismo uopće znali razlučiti različitosti tih pojmova, odnosno znali prepoznati što je „problem hranjenja“ te kada on prelazi u „poremećaj hranjenja“, u nastavku rada ću pokušati razjasniti različitost tih pojmova.

Zbog iskrivljene percepcije vlastitog tijela, poremećaji u prehrani mogu se usko povezati s kroničnim samoinicijativnim izgladnjivanjem ili pak s druge strane prejedanjem. U današnjici sve se više kao normalno uzima povremeno prejedanje sve većeg broja ljudi. Bitno je napomenuti kako ti ljudi nemaju ni problem ni poremećaj hranjenja, budući da je takvo prejedanje povremeno, a ne učestalo. Isto se tako prilikom tog prejedanja ne konzumiraju goleme količine hrane što ujedno i ne narušava kvalitetu njihova života. S druge strane, postoji određen broj ljudi koji epizode prejedanja interferira, u većoj ili manjoj mjeri. Epizode mogu biti učestale i bolne i da pri tome narušavaju fizičko zdravlje osobe. U tom slučaju kod tih osoba postoji problem s prehranom.

U odnosu na problem, za poremećaj hranjenja je karakteristična pojava teških smetnji u prehranbenim navikama kao i ponašanju. U posljednjih 25 godina dva službeno priznata poremećaja, anoreksija nervosa (AN) i bulimija nervosa (BN), privukla su najveću istraživačku pažnju. Iako su provedena brojna istraživanja, konkretni uzroci anoreksije i bulimije nervose i dalje nisu prepoznati. No, ono na što se možemo osvrnuti jesu zasigurno kulturni faktori i faktori okoline, budući da su u poremećaji učestaliji u industrijaliziranim negoli u zemljama u razvoju.

Ono što je važno za napomenuti jest da gojaznost ne pripada poremećajima hranjenja, već se prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti ubraja u poremećaj općeg zdravstvenog stanja. Razlog zbog kojeg se gojaznost ne klasificira u poremećaje u hranjenju jest nedostatak evidentnih dokaza da je povezana sa psihološkim sindromom i sindromom ponašanja. [2]

### **3. Anoreksija nervoza**

Riječ anorexia grčkog je podrijetla te označava gubitak apetita, a riječ nervosa ukazuje na razloge emocionalne naravi. Prvi detaljni opisi ovog poremećaja potječu od engleskog liječnika R. Mortona još iz 17. stoljeća. Naziv anoreksija nervosa prvi je upotrijebio engleski liječnik W.W. Gull u 19. stoljeću koristeći se opisom pacijentice koja je bolovala od iste. [8]

Anoreksija nervoza je od samog početka prepoznata kao psihički poremećaj u kojem se osoba podvrgava strogom režimu prehrane koji vodi k gubitku na težini. Razlog tom strogom režimu prehrane je iskrivljena percepcija vlastitoga tijela, odnosno strah od debljanja, ali isto tako vrlo često posljedica je i depresije ili nekih drugih psihičkih poremećaja. [3] Procjenjivanjem vlastitog izgleda imaju iskrivljenu sliku o obliku svog tijela kao i njegovoj težini. Osobe oboljele od anoreksije često smatraju da su prekomjerne težine čak i onda kada to nisu. Jednostavno rečeno, oboljelim osobama vlada osjećaj da su „predebele“. Kako bi bile po mjeri „idealne težine“ s vlastitog gledišta odlučuju se na ograničavanje unosa hrane, gladovanje ili pretjerano vježbanje. Razvijaju čitav niz neuobičajenih ponašanja koja su izravna posljedica izgladnjivanja, a neka od tih ponašanja produžavaju i podržavaju poremećaj. Anoreksičari osjećaju glad, često puta i pate zbog tog osjećaja, no osjećaj ponosa što mogu kontrolirati snažan osjećaj gladi je prevladavajuć. Uspostava kontrole nad vlastitim tijelom metodom gladovanja za cilj ima preuzimanje „vlasti“ nad sobom. [4]

Naime, anoreksija nervoza pripada grupi vrlo teških i nerijetko smrtnih psihijatrijskih poremećaja. Iako su prvi opisi anoreksije stari 300-tinjak godina, bitna obilježja tog poremećaja i dalje su ostala nepromijenjena u odnosu na prve opise (Van-dereycken i Van Deth) :

- 1 održavanje tjelesne težine ispod granice normale
- 2 amenoreja kod žena
- 3 prisutnost intenzivnog straha od dobivanja na tjelesnoj težini ili pak gojaznosti [2]

#### **3.1. Klinička slika**

U ponašanju oboljele osobe anoreksijom nervozom uočene su još neke neobične karakteristike po kojima se razlikuju od zdravih osoba. Često ne vole jesti pred drugim osobama. Vrlo su krute u svojim razmišljanjima, u procjenjivanju sebe i drugih, teško izražavaju osjećaje te im nedostaje spontanosti kao i inicijative. [2] Mnoge osobe koje pate od anoreksije pokazuju veoma ozbiljne simptome depresivnosti. Javljaju se simptomi poput depresivnog raspoloženja, povlačenja od društva, smanjenog interesa za seksualnost ili nesanice. Opsesivno-kompulzivno ponašanje, DSM – IV im se nameću protiv njihove volje ili pak prisilnim radnjama vezanim za

hranu, izgled tijela ili tjelesnu težinu. No, kod mnogih osoba oboljelih od anoreksije opsesivnost i kompulzivnost nisu vezane samo za hranu, već prožimaju različite sfere njihova svakodnevnoga života, stoga se opravdano zaključuje, da uz anoreksiju pate i od pravog opsesivno kompulzivnog poremećaja. [3]

Stopa remisije iznosi oko 20 do 30 % nakon dvije do četiri godine od pojave poremećaja, no raste za 70 do 80 % nakon osam ili više godina. Nažalost, kronično stanje koje se zadržava tijekom cijelog života razvije se u 10 do 20 % osoba. U tom slučaju nastaju velike štete interpersonalnog funkcioniranja, kao i na području obrazovanja i rada. [6]

Fizikalnim pregledom može se utvrditi slaba uhranjenost i tjelesna slabost oboljele. Upornim izgladnjivanjem svoju tjelesnu kilažu dovode do ispod razine granice normale, odnosno na 35 do 45 kg i tada obično ostaju vegetirati. [9] Koža im je obično suha, ispućala i blijeda. Dlake su krhke i tanke. Sluznica usta je suha te je oštećena zubna caklina. Česta je konstipacija uz nadutost i bolove u trbuhu. Prokrvljenost kože je smanjena. Krvni tlak je sniženih vrijednosti pa nastaje bradikardija.

Labaratorijske pretrage zbog dugotrajnog izgladnjivanja ukazuju na poremećaj krvne slike koji se očituje u obliku leukopenije, limfocitoze i anemije. Prisutna je i trombocitopenija. Acidobazna ravnoteža je obično narušena, kao i razina spolnih hormona te posljedično smanjenje maternice i jajnika.

Zbog razvijenih komplikacija nastalih zbog stanja neuhranjenosti ili naklonosti osobe suicidu, opća stopa mortaliteta kod anoreksije nervoze prema brojnim provedenim istraživanjima varira od 0 do 8 %, s kumulativnim mortalitetom kako navodi jedna studija od 2,8 % (na uzorku od 318 pacijenata koje se pratilo u prosjeku tijekom 11 godina, devet je umrlih pacijenata). [6]

### **3.2. Dva tipa anoreksije nervoze**

Razlikujemo dva tipa anoreksije:

1. Ograničavajući - anoreksično ponašanje u obliku ograničavanja unosa hrane dijetom tj. suzdržavanjem od unosa hrane ili izgladnjivanjem te ekscesivnim vježbanjem kako bi se izgubio što veći broj kalorija
2. Prejedanje s čišćenjem – oblik ponašanja u kojem osoba prakticira konstantno držanje dijeta uz povremeno prejedanje i čišćenje najmanje jednom tjedno, ali i češće metodom samoinicijativnog pražnjenja, tj. povraćanjem ili korištenjem laksativa, diuretika ili klizmi. Neke osobe oboljele od ovog poremećaja uopće ne konzumiraju veće količine hrane, no nakon svakog i najmanjeg obroka sklone su „čišćenju“ organizma.

Posljednji tip anoreksije opasniji je u odnosu na prvi. Posebno je opasan zbog disbalansa elektrolita iz već iznemoglog tijela. No, pravi podatci o učestalosti čišćenja nisu relevantni, budući da ih oboljele taje, a obitelj nema pravu predodžbu dimenzijama postojećeg problema. [5] Razlog te neupućenosti roditelja u postojanje problema je negiranje postojanja problema s hranom od strane oboljele tako što redovito uzima obroke pred roditeljima, nakon čega kriomice baca hranu ili u gorem slučaju izaziva povraćanje. [8]

### **3.3. Epidemiologija**

Karakteristika anoreksije nervoze kao poremećaja u uzimanju hrane je često specifična pojava u osoba ženskoga spola. Pogađa 0,6 % adolescenata i odraslih mladih žena u zemljama Zapada. Iako se anoreksija nervoza u pojedinim slučajevima može pojaviti u kasnom djetinjstvu ili odrasloj dobi, tipična je za period adolescenskog i ranog odraslog doba. Kao što je već ranije spomenuto tipična je za zemlje Zapada, dok je s druge strane, u nerazvijenim zemljama njezina pojavnost vrlo rijetka. Kao odgovor na pitanje o razlogu te rijetke pojavnosti u nerazvijenim zemljama, može se navesti ne postojanje društvenog pritiska promicanja mršavosti kao ideala. Danas je njezina pojava ravnomjerno raspoređena u svim društvenim slojevima, dok je u 60-im godinama bila česta uglavnom u imućnijim društvenim slojevima.

Nadalje, poznato je da postoje rizične grupe osoba u kojih se anoreksija nervoza pojavljuje nešto češće nego li u općoj populaciji. Čini se da je u pojedinim kategorijama profesija ovaj poremećaj vrlo učestao. Prije svega tipični primjeri su profesije iz svijeta mode i plesa. [6] Česta pojavnost zabilježena je i u zanimanjima poput manekenke, balerine i atletičarke. Karakteristike sredine u kojoj se te djevojke kreću kao što su zaokupljenost izgledom, strah od debljanja te natjecateljski duh prisutni su pod utjecajem društvenog pritiska. Naime, tim djevojkama se nameće zadržavanje vitke linije. [5]

Anoreksija nervoza rijetko počinje prije puberteta, a isto tako rijetko počinje u žena starijih od 40 godina. Prosječna dob u kojoj se počinju pojavljivati prvi simptomi anoreksije uočeni su sa 17 godina života. [2] Najčešće se javlja u dobi od 14 do 25 godina. Kao odgovor dobivenog podataka o pojavnosti anoreksije nervoze u 90 % slučajeva ženske populacije možemo se osvrnuti na zaokupljenost mladih djevojaka izgledom vlastitog tijela. Poznato je kako već u adolescenciji tjelesno zdrave djevojke započinju prakticirati kojekakve, naizgled bezazlene dijetе, koje nakon nekoliko mjeseci provođenja dobivaju svoju težinu problema po pitanju zdravlja. Provođenjem dijeta može se izgubiti 20-50 % dotadašnje, početne tjelesne težine. Početak bolesti može biti sporog ili s druge strane naglog početka. [8]



### 3.4. Etiologija

U nastanku anoreksije nervoze prisutno je multifaktorsko djelovanje više čimbenika. Usprkos provedenim brojnim istraživanjima sama patogeneza do danas nije konačno definirana. Naime, nije definitivno utvrđeno da li je prijenos anoreksije nervoze u većoj mjeri uzrokovan genetskom predispozicijom ili faktorima okoline. [2] No, iako patogeneza nije do kraja razjašnjena neki autori sa sigurnošću tvrde da se anoreksija pojavljuje kada se razvojni i obiteljski faktori poklope s genskom determiniranom psihološkom osjetljivošću. [8]

Što se tiče bioloških čimbenika u studijima blizanaca i obitelji uočena je bitnu ulogu imaju i genski faktori. Incidencija pojavljivanja anoreksije nervoze kod sestara oboljelih, posebice sestara blizanki, veća je do deset puta negoli kod ostale populacije. [10] Kao još od nekih bioloških čimbenika mogu se navesti endokrina disfunkcija i hormonalni disbalans-dirigiran unosom hrane. [8]

U pogledu psiholoških čimbenika poseban utjecaj ima obitelj oboljele od anoreksije. [9] Opis tih majki odgovara netolerantnim i visoko ambicioznim osobama koje ne prihvataju pasivnu ulogu u odnosu prema muškarcima. Postoje i opisi pretjerano zaštićujući ili agresivnih majki, no iza te agresivnosti nerijetko se krije jaka nesigurnost i tjeskoba majki što posljedično ima utjecaj na razvoj samostalnosti njihovih kćerki. [5] Očevi obično imaju pasivnu ulogu u roditeljstvu, odnosno nemaju pravi odnos s kćerima. Uočeno je i postojanje sukoba među roditeljima. [8]

### 3.5. Dijagnoza

Dijagnoza anoreksije nervoze postavlja se na temelju zadovoljavanja dijagnostičkih kriterija navedenih u DSM-IV, odnosno osoba zahvaćena tim poremećajem ima :

1. Odbijanje da se održi tjelesna težina na ili iznad minimalne težine za dob i visinu (gubitak na tjelesnoj težini doveo je do održavanja tjelesne težine na razini manjoj od 85% od očekivane; ili smanjeno dobivanje na težini tijekom rasta koje dovodi do tjelesne težine koja je manja od 85% od očekivane).
2. Izuzetan strah od dobivanja na težini ili debljanja, čak i u slučaju smanjene težine.
3. Poremećen način na koji se doživljava oblik i težina tijela, pretjerani utjecaj oblika i težine tijela na samoprocjenjivanje, ili odbijanje prihvatanja ozbiljnosti niske tjelesne težine.

4. Kod žena u generativnoj dobi postoji amenoreja, tj. odsutnost najmanje tri uzastopna menstruacijska ciklusa. (Amenoreja se uzima u obzir ako se jedino uzimanjem hormona, npr. estrogena, menstruacija ponovo uspostavlja). [8]

### **3.6. Terapija**

U liječenju po život opasne anoreksije nervoze, za ciljeve se prije svega uzima uspostava normalne tjelesne težine oboljele uz normalizacija hranjenja. Ostvarenje zdravog emotivnog i društvenog života također se uzima kao bitan cilj u liječenju. [8] Potom slijedi psihoterapija koja se provodi radi uklanjanja psiholoških uzroka poremećaja. Liječenje je dugotrajno i redovito komplicirano jer se oboljele redovito odupiru svakoj promjeni. Važno je što ranije pristupiti liječenju jer svako odlaganje umanjuje mogućnosti izlječenja. [11] Valja spomenuti kako kod nekih adolescentica poremećaj se zadržava kratko te one ozdravljaju bez ikakva liječenja ili nakon kratke terapije, no često je primjer poremećaja koji ustraje i zahtjeva složene specijalizirane terapije. [6]

## 4. Bulimija

Riječ bulimija grčkog je podrijetla te u prevedenom značenju označava bikovu glad. Taj je poremećaj prvi opisao G. Russel (1979.) u članku naslovljenom „Bulimija nervoza: uznemirujuća varijanta anoreksije nervoze“. [6] Pojava bulimije kao poremećaja u hranjenju znatno je češća u osoba ženskoga spola (90%) u odnosu na osobe muškog spola. Prosječna dob pojavljivanja uočena je u kasnoj adolescenciji, odnosno oko 20. godine života te godinama može ostati nezamijećena. Naime, oboljele osobe od bulimije su normalne ili povećane tjelesne težine pa ih je teže prepoznati kao oboljele osobe. Bulimija nervoza se može opisati kao stečeni poremećaj svih dimenzija ličnosti (mentalne, emocionalne i duhovne s prelaskom na tjelesne). Kao i anoreksija karakterizirana je prisutnom željom za mršavosti, no rituali kojima se postiže različiti su od onih kod anoreksije. Tipično je da se oboljele srame svog bulimičnog ponašanja pa ga najčešće negiraju ili pak drže u tajnosti. Osobe oboljele od ovog poremećaja kao mjerilo vlastite vrijednosti uglavnom se osvrću na težinu i oblik vlastitog tijela. [8]

### 4.1. Klinička slika

Kao osnovni simptom za bulimiju je specifična pojava enormnog unosa hrane u organizam nakon kojega se provode neadekvatne, kompenzatorne metode ponašanja kako bi se spriječio porast tjelesne težine. Želja za hranom je prejak da bi se prevladala pa se osobe s bulimijom nervozom prejedaju i to najčešće u tajnosti, nakon čega slijedi faza samokritiziranja praćena osjećajem krivnje. U konačnici zbog prevladavajućeg osjećaja krivice javlja se potreba za poništenjem unesenih kalorija u organizam u obliku izazvanog pražnjenja putem povraćanja ili zlorabe laksativa, diuretika, gladovanja ili u nekim slučajevima ekscesivnog vježbanja. [3]. Kao razlog tog epizodičnog prejedanja može se navesti sklonost pridržavanju restriktivnim dijetama s vrlo niskim kalorijskim unosom, što dovodi do izgladnelosti istih. Pri pojavi epizode prejedanja, oboljeloj osobi nije važno što jede, iako prednjači visokokalorična hrana. Pojava boli znak je kada osoba prestaje s nekontroliranim unosom hrane. Obično donosi osjećaj topline i zaštićenosti od okoline. [8] Povraćanje ima dva neposredna učinka:

1. Smanjuje fizičku nelagodu izazvanu prekomjenim unosom hrane
2. Umanjuje anksioznost koju izaziva pomisao na debljanje [12]

Tipičan početak razvoja bulimije nervoze opisan je prethodnim vođenjem ekstremnih i strogih dijeta. Navodi se kako gotovo četvrtina pogođenih osoba s bulimijom nervozom u prethodnom razdoblju, prije samog razvoja ove vrste poremećaja, zadovoljava dijagnostičke kriterije anoreksije nervoze. [6] Naime, bulimija je poremećaj prehrane koji u velikoj mjeri ima

dodirnih točaka s anoreksijom. Prvenstveno u doživljaju vlastitog tijela, a to su patološko nezadovoljstvo njime kao i pretjerani naglasak na njegovu težinu koja je prema mišljenu bulimičara kao i anoreksičara, mjerilo vrednovanja osobe. [3] No, razlika je što se osobe oboljele od anoreksije izgladnjuju, dok osobe oboljele od bulimije konzumiraju povećane količine hrane u kratkom vremenskom periodu i to obično u tajnosti. [5] Nadalje, anoreksične osobe nad sobom imaju potpunu kontrolu, u odnosu na bulimične osobe koje izgube kontrolu kada je u pitanju hrana. Kao još jedna razlika između oboljelih od ta dva poremećaja, za usporedbu se može uzeti i tjelesna težina koja razotkriva osobe oboljele od anoreksije, dok osobe oboljele od bulimije većinom imaju normalnu tjelesnu težinu ili je ona blago niža ili viša što otežava otkrivanje poremećaja. U strahu od debljanja, sklone su pridržavanju dijeta kao one osobe oboljele od anoreksije.

Crte osobnosti oboljelih od bulimije:

- Emocionalna labilnost
- Osjetljivost na odbacivanje, socijalni neuspjeh
- Teže visokim ciljevima
- Ekscesivno reagiranje na male stresove
- Nisko samopoštovanje
- Dva suprotna nagona: želja za prejedanjem i uživanjem u hrani i s druge strane potreba da budu vitke i atraktivne

Stopa remisije kod bulimije je kratkoročno niska te iznosi 27 do 28 % nakon godine dana od pojave. Poboljšava se tijekom vremena u gotovo 70 % slučajeva nakon 10 godina od pojave, no oko 23 % razvija se u kronični oblik poremećaja. Čini se da rijetko prelazi u anoreksiju nervozu, ali zato u 20 % zahvaćenih osoba prelazi u poremećaje hranjenja s prejedanjem i poremećaje hranjenja NS (nespecificirane poremećaje hranjenja). [6] Kao zanimljiv podatak zabilježeno je kako 80 do 90% osoba koje podliježu pražnjenju metodom samoinicijativnog povraćanja već nakon određenog vremena ga mogu izazvati automatski, bez upotrebe pomoćnih sredstava kao što su prsti, tuširanje mlazom vode i sl.

Učestalo pražnjenje može izazvati brojne neželjene učinke na organizam. Fizikalnim pregledom mogu se uvidjeti promjene kao što su oštećenje zubne cakline, povećane žlijezde slinovnice, srčana miopatija te žuljevi ili ožiljci na dorzalnoj strani šake. Sve te promjene rezultat su provociranog povraćanja. No, kao najozbiljnija komplikacija povraćanja može se pojaviti ruptura želuca ili jednjaka, prolaps rektuma te srčane aritmije. Prisutnost menstruacije uvjetovana je tjelesnom težinom ili stresom oboljele. Česta uporaba laksativa rezultira opstipacijom zbog nastale lijenosti crijeva.

Laboratorijskim pretragama kao posljedica proljeva zbog primjene laksativa otkriva se hipokalijemija, hiponatrijemija te hipokloremija uz često prisutnu metaboličku alkalozu i acidozu. U krvi su povišene vrijednosti kortizola i amilaze, dok je slobodan kortizol u urinu smanjene vrijednosti. [8]

Stopa mortaliteta u općoj populaciji varira od 0 do 2 % uz kumulativni mortalitet od 0,4 % (što bi značilo 2 umrla pacijenta od njih 459 koje se pratilo u prosjeku tijekom sedam godina). Kao i anoreksija nervoza, ukoliko bulimija nervoza potraje dugi niz godina dovodi do teških smetnji u interpersonalnim odnosima te na području obrazovanja i rada. [6]

## **4.2. Dva tipa bulimije:**

Razlikujemo dva tipa bulimije:

1. Uz „čišćenje“- tip je bulimije u kojem su epizode prejedanja praćene izazvanim čišćenjem u obliku povraćanja, te uporabom laksativa, diuretika ili klizmi.
2. Bez „čišćenja“- tip je bulimije u kojoj se primjenjuju različite metode za regulaciju tjelesne težine, a kao najčešće primjenjivane metode kojima se podliježe su izgladnjivanje ili pretjerano vježbanje [5]

Svi fizički problemi su veći kod tipa bulimije s „čišćenjem“ nego li kod onog bez „čišćenja“. Isto tako utvrđeno je kako tip bulimije s „čišćenjem“ pokazuje više simptoma depresije od tipa bez „čišćenja“.

## **4.3. Epidemiologija**

Većina provedenih istraživanja navodi da je pojavnost bulimije nervoze danas češća nego li u prošlosti. Razlog tog nenadanog povećanja još uvijek nije odgonetnut. Danas bulimija nervoze pogađa 11 % adolescenata i mladih žena te je dostigla incidenciju od 11 do 13 novih slučajeva godišnje na 100 000 stanovnika.

Rijetko se javlja u osoba muškoga spola. Čini se da je ravnomjerno raspoređena u svim društvenim slojevima. Nadalje, učestalost pojave bulimije nervoze uočena je nešto češće u osoba bijele rase, dok je rijetka kod Afroamerikanaca i u zemljama u razvoju. [6] Prema dobivenim podacima pojave bulimije nervoze uočena je češće u industrijskim zemljama zapada i Dalekog istoka, dok je u Americi najviše prisutna u osoba bijele rase, kao što je već i spomenuto. Kao što je slučaj i u osoba oboljelih od anoreksije nervoze, bulimija nervoze je također primjer poremećaja specifičnog za ženski spol. Gotovo 90% osoba oboljelih od bulimije tvori populacija

žena. U prosjeku godišnje oboli od 1 - 3 % žena. Isto tako javlja se u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi. Zahvaćenost osoba ovakvom vrstom poremećaja dugog je vijeka. [5]

#### **4.4. Etiologija**

Iako je malo informacija o njezinoj etiologiji, bulimija nervoza je sindrom koji nastaje pod utjecajem više čimbenika. Stres je najčešći okidač koji adolescente bulimičarke pokreće u njihovom neadekvatnom ponašanju.

Što se tiče bioloških čimbenika, genske studije su nedostatne, no nastala bulimija najčešće je odraz obiteljskog uzorka. Neurofiziološkim studijama utvrđeno je kako je razvoj bulimije usko povezan s poremećenom transmisijom serotonina. Porast prejedanja kao i povećana želja za ugljikohidratima raste u predmenstrualnim danima. Kao što je već ranije spomenuto bulimične djevojke sklone se prejedanju zbog gubitka samokontrole. Glavni način u borbi protiv stresa i krivice te poništenja unesenih kalorija u organizam je začarani krug „prejedanje – povraćanje“ [8]

Gledano sa strane psiholoških faktora, velika se važnost pridaje samoj obitelji oboljele. Za razliku od obitelji anoreksične osobe, ovdje češće srećemo obiteljski slom i nasilje. [13] Majke bulimičnih osoba opisane su kao nemarne i odbacujuće, za razliku od kontrolirajućih majki u anoreksičnih osoba. Njihove majke prezentiraju se kao pasivne osobe koje zbog osobnih problema, nesvjesno odbacuju i zanemaruju emocionalne potrebe vlastitog djeteta što sukladno tome kod djeteta razvija nesigurnost te je „stalno“ gladno. No, te majke nisu uistinu takve kakve se prezentiraju svojoj djeci. Pretpostavka je da i same majke oboljelih od bulimije imaju unutrašnje probleme, tj problema s afektivnošću. Shodno tome nesigurnost i unutrašnju prazninu pokušavaju nadomjestiti velikom količinom hrane u zamjenu za majčinu pažnju. [8]

#### **4.5. Dijagnoza**

Dijagnoza bulimije nervoze postavlja se na temelju zadovoljavanja dijagnostičkih kriterija navedenih u DSM-IV:

1. Napadaji prejedanja praćeni kompenzatornim ponašanjem kako bi se poništila unesena kalorijska vrijednost, drugim riječima spriječilo dobivanje na težini
2. Epizode prejedanja pojavljuju se najmanje dva puta tjedno kroz tri mjeseca
3. Samoprocjenjivanje je ovisno o tjelesnoj težini i obliku tijela

Prethodni kriteriji potkrepljeni fizikalnim pregledom: oštećena zubna caklina, povećane parotidnih žlijezda, ožiljci na rukama. [8]

## 4.6. Terapija

Kao osnovni cilj u liječenju bulimije nervoze potrebno je uspostaviti normalan model hranjenja. Prvenstveno se treba prekinuti začarani krug prejedanja i povraćanja. Teži se uspostavljanju zdravih navika u hranjenju i traženju odgovarajućih načina za rješavanje emocionalnih teškoća. [8] Osobe oboljele od bulimije najčešće pate od pojedinog dodatnog psihičkog problema. Najčešće je to depresija. Uspješnost liječenja koje se sastoji od psihofarmakoterapije i psihoterapije ovisi prije svega o kombinaciji bulimije s još nekim od psihičkih poremećaja. Važno je naglasiti kako za bulimiju nema magičnog lijeka. Psihoterapija zahtijeva velika odricanja i može biti dugotrajna. Dobri se uspjesi postižu primjenom kognitivno-bihevioralne terapije u osoba koje nemaju kombinirane poremećaje. Bulimija ne prolazi sama od sebe. Roditelji moraju shvatiti kako nije riječ o „zločestoći“, lošem ponašanju ili lošoj navici koja se vlastitom odlučnošću može dokinuti, već je riječ o poremećaju – medicinskom stanju koje zahtijeva liječenje. [11]

## 5. Poremećaji hranjenja – jedan ili više poremećaja?

Prema nekim zapažanjima uočeno je kako medicinska klasifikacija poremećaja hranjenja nije pomni opis kliničke slike realnosti, već umjetna podjela istih. Neki autori tvrde da postoji „samo jedan poremećaj hranjenja“ koji može obuhvatiti različite kliničke karakteristike od osobe do osobe, ali i kod jedne te iste osobe. Naime, prema transdijagnostičkoj teoriji, od strane Fairburna i njegovih kolega poremećaji hranjenja su jedinstvena dijagnostička kategorija, a ne odvojeni poremećaji. Njihova teorija nalaže da osoba ima poremećaj u uzimanju hrane ukoliko su prisutne sljedeće navedene karakteristike:

1. Odstupanja u ponašanju hranjenja ili ustrajnim ponašanjima kontrole težine (najmanje u trajanju od 3 mjeseca)
2. Pridavanje prevelike pažnje težini i obliku tijela ili kontroli hranjenja
3. Štete za tjelesno zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje osobe uzrokovano odstupanjima ponašanja i/ili pridavanja prevelike važnosti težini, obliku tijela ili kontroli hranjenja

Navedena odstupanja u ponašanju ne smiju biti sekundarna bilo kojem drugom medicinskom ili psihijatrijskom poznatom stanju. [6]

### 5.1. Kliničke karakteristike anoreksije i bulimije nervoze

Kao što je već i ranije spomenuto, ono što je specifično za oba poremećaja ovakvoga tipa jest njihova međusobna sličnost. Osobito zato što dijele većinu kliničkih karakteristika. Kod svih pacijenata uočeno je pridavanje prevelike pažnje težini i obliku njihova tijela, odnosno vrednovanje vlastite vrijednosti na osnovu doživljenog izgleda tijela. Ova karakteristika tipična je samo za poremećaje hranjenja te ujedno upućuje na glavne kliničke karakteristike oboljelih od tih poremećaja. Način kojim iskazuju svoje pridavanje pažnje težini i obliku tijela očitovan je učestalim vaganjem te zabrinutošću u slučaju najmanjeg variranja težine. Drugi izrazi pridavanja pažnje težini i obliku tijela javljaju se u obliku tendencije osobe za mršavošću ili strahom od debljine koji se smanjuje gubitkom težine ili pak osobe posjeduju konstantni osjećaj debljine. Svoju zaokupljenost oblikom tijela očituju znakovima kao što su promatranje pojedinih dijelova tijela u ogledalu, dodirivanje nakupina sala rukama, uspoređivanjem svog tijela s tijelima drugih osoba. U nekim slučajevima izbjegavanjem gledanja vlastita tijela ili izlaganja dijelova tijela prema drugima načini su kojim osobe manifestiraju odbojnost prema obliku vlastita tijela.

Preveliko pridavanje pažnje težini i obliku tijela također objašnjava i ponašanje koje za cilj ima kalorijski deficit. Sukladno tome osobe se okreću režimu držanja dijeta, zatim ekstremna i kompulzivna fizička aktivnost te samoinicijativno povraćanje ili u nekim slučajevima



zloupotrebi laksativa i diuretika. Međutim, uočena je jedna jedina ne tipična karakteristika kojom osoba, suprotno prethodno navedenim izrazima pridavanja pažnje težini i obliku tijela, prepušta se prejedanju. Navodi se kako je oblik takvog ponašanja u većini slučajeva posljedica osobitog načina restrikcije unosa hrane, iako u stvarnosti takav pokušaj restriktivnog unosa ne uzrokuje stvaran kalorijski unos.

U podskupini osoba s poremećajima u uzimanju hrane specifičnu i glavnu psihopatologiju karakterizira pridavanje prevelike pažnje kontroli unosa hrane. U tom slučaju, osobe ne iznose strah od debljanja ili osjećaj debljine, zaokupljenost težinom i oblikom tijela, nisu sklone učestalom provjeravanju ili izbjegavanju pokazivanja pojedinih dijelova tijela. No, zato je prisutno ponašanje karakterizirano pretjeranom zaokupljenošću kontrolom nad unosom hrane. Takve osobe su u tolikoj mjeri zaokupljene kalorijskim unosom da se prepuštaju konstantnom vaganju svih namirnica koje planiraju unijeti u organizam, kontroliraju kako se drugi hrane te broje kalorije.

Kao još jedna zajednička karakteristika svih poremećaja hranjenja navodi se prisustvo općih psiholoških problema koji se očituju u obliku depresije i tjeskobe. Također nisu isključeni ni poremećaji kao što su poremećaji raspoloženja ili anksioznost. Simptomi depresije nešto češće su uočena pojava u osoba s epizodama prejedanja, dok je anksioznost uobičajena pojava kod osoba s restriktivnim unosom hrane

Nadalje, jedna podskupina oboljelih, naročito onih sklonih kompulzivnom prejedanju pokazuje sklonost samoozljeđivanja tako što si najčešće režu ili pale podlaktice. Druga skupina izvještava o zloupotrebi psihoaktivnih tvari, osobito konzumiranju prevelikih količina alkohola. U konačnici, perfekcionizam i nisko samopoštovanje, također su zajedničke karakteristike koje prethode pojavi poremećaja hranjenja. [6]

Tablica 5.1.1 Zajednički simptomi anoreksije nervoze i bulimije nervoze vizualno prikazuje u kojoj mjeri anoreksija nervoza i bulimija nervoza imaju dodirnih točaka.

KLINIČKE KARAKTERISTIKE	ANOREKSIJA (AN)	BULIMIJA NERVOZA (BN)
<b>Specifična psihopatologija</b>		
Pridavanje pažnje težini i obliku tijela te kontroli hranjenja	+++	+++
Zaokupljenost težinom, oblikom i unosom hrane	+++	+++
Stroga dijeta	+++	++
Epizode prejedanja	+	+++

Samoizazvano povraćanje	+	++
Zloupotreba laksativa Zloupotreba diuretika	+	+
Pretjerana i kompulzivna tjelovježba	++	+
Druga kompenzacijska ponašanja	+	+
Provjeravanje hranjenja	+++	+
Provjeravanje tijela	+++	+++
Izbjegavanje pokazivanja tijela	+	++
Osjećaj debljine	+++	+++
Niska težina i sindrom neuhranjenosti	+++	+
<b>Opća psihopatologija</b>		
Simptomi depresije	+	+++
Simptomi anksioznosti	+	++
Simptomi psihoaktivnih tvari	++	+
Zloupotreba pishoaktivnih tvari	-/+	+
<b>Osobnost</b>		
Negativno samoprocjenjivanje	++	++
Perfekcionizam	++	++
Impulzivnost	-/+	+

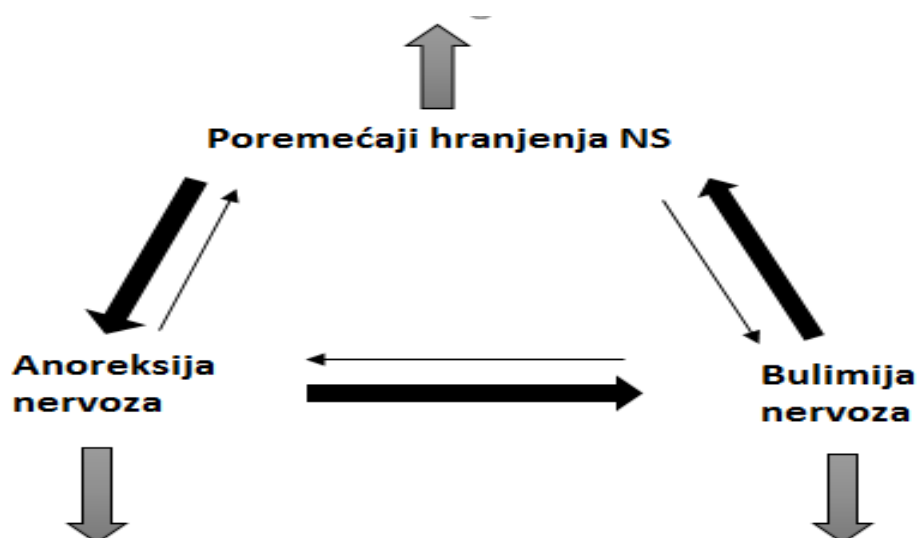
Tablica 5.1.1 Zajednički simptomi anoreksije nervoze i bulimije nervoze [6]

## 5.2. Prijelaz iz jedne u drugu dijagnozu

Provedenim istraživanjima, tzv. longitudinalnim istraživanjima u praćenju pacijenta tijekom vremena uočen je čest prijelaz poremećaja hranjenja iz jedne dijagnoze u drugu. Također, potvrđeno je da isti rijetko migriraju u druge mentalne poremećaje. Na osnovu uočenih takvih zapažanja postavlja se tvrdnja da poremećaji hranjenja predstavljaju zasebnu kategoriju dijagnoze, tj. migriraju u ostale mentalne poremećaje te da je njihova podjela u ovom slučaju u dvije dijagnostičke kategorije vrlo vjerojatno klasifikacijski artefakt koji nije odraz kliničke realnosti.

Kao potkrepljenje prethodne konotacije, u tekstu koji slijedi prikazat ću slučaj Chiare. Djevojka po imenu Chiara u svom životu je imala postavljene tri različite dijagnoze poremećaja hranjenja. Naime, s 14 godina dijagnosticirana joj je anoreksija nervoza. Početna težina njezina tijela iznosila je 54 kg te je spala na niskih 38 kg i k tome pridavala je preveliku važnost težini i

obliku svog tijela bez prisutnog menstrualnog ciklusa. U napunjenih 18 godina, nakon putovanja u Englesku, počela je s epizodama prejedanja nakon kojih je samoizazvano povraćala. Njezina težina porasla je na optimalnih 52 kg uz još uvijek prisutnu važnost izgleda i oblika tijela. Liječnik koji je vodio njezin slučaj dijagnosticirao joj je bulimiju nervozu. No njezin slučaj se nije završio na dijagnozi bulimije nervoze. S 24 godine Chiara nakon još uvijek prisutnih epizoda prejedanja više nije izazivala povraćanje. U tom periodu života njezina težina dosegla je 60 kg, međutim simptomi kao što su važnost težine i oblika i dalje su bili prisutni. Tada joj je od strane psihologa dijagnosticiran poremećaj nekontroliranog hranjenja. (Slika 5.2.1 Prijelaz poremećaja iz jedne kategorije u drugu) [6]



*Slika 5.2.1 Prijelaz poremećaja iz jedne kategorije u drugu [6]*

## 6. Povezanost dijete s razvojem poremećaja u hranjenju

Dijetu nalazimo u mnogim teoretskim modelima za razvoj poremećaja u hranjenju. Anderson (1990) je stajališta kako je dijeta jedan od predisponirajućih faktora za razvoj poremećaja hranjenja. Razlog podvrgavanju dijeta uopće, leži u utjecaju sociokulturoloških normi koje promoviraju mršavost.

U provedenom istraživanju u Londonu, na uzorku od 166 djevojaka iz osam različitih škola primijenjena su dva istraživanja u razmaku od jedne godine. Na početku istraživanja prosječna dob učenica bila je 15 godina, a od ukupnog broja njih trećina (35%) djevojaka bila je na dijeti. Nakon proteklih 12 mjeseci, značajan broj tih djevojaka koje su bile na dijeti, postalo je bulimično. Stoga, prema nekim izračunima istraživača, opasnost za razvoj poremećaja hranjenja kod osoba koje provode dijetu povećava se za osam puta. [2]

### 6.1. Načini održavanja dijete

Kod provođenja dijete razlikujemo tri osnovna načina (specifična za osobe koje se prejedaju, posebice bulimičari)

1. Izbjegavanje jela. Uočeno je kako pojedine osobe tijekom provođenja dijete uopće ne jedu, s naglaskom na razmak između epizoda prejedanja. Ponekad su sklone strogom postu, tako da ne jedu danima. Velik dio dana pa sve do večere se trude što duže izdržati bez jela. Ovakvo ponašanje tipično je za gotovo četvrtinu bulimičnih osoba.
2. Ograničavanje kalorijskog unosa. Za mnoge osobe oboljele od bulimije granica do koje prakticiraju kalorijski unos iznosi 1000 do maksimalno 1200 kcal, što je granica kalorijske vrijednosti nečijeg bazalnog metabolizma. No, pojedine osobe podvrgavaju se i ekstremnijim granicama kao što su programi posta uz uzimanje tekućine- 400 do 500 kcal dnevno.
3. Izbjegavanje određenih vrsta namirnica. Kod ovakve vrste dijete najčešće postoji stajalište osobe da poneke namirnice imaju utjecaj na debljanje ili je uzimanje istih u prošlosti poticalo bulimične epizode. Takvu vrstu hrane opisuju kao „zabranjenu“, „lošu“ ili „opasnu“. Istraživanjima je utvrđeno da ovakvu vrstu dijete prakticira jedna petina žena u općoj populaciji, što je značajno manji broj u odnosu na osobe oboljele od bulimije. Naime, čak tri četvrtine osoba oboljelih od bulimije i polovina onih koji imaju kompulzivno prejedanje provodi ovakav način prehrane. [2]

## **6.2. Efekti provođenja dijete**

Tijelo pamti svaku promjenu našeg ponašanja. Stoga, manifestacija provođenja dijeta očituje se kako na tjelesnom, tako i psihološkom planu. [2]

## **6.3. Tjelesne promjene**

Uočeno je mnogo tjelesnih efekata koji između ostalog mogu biti i štetni. Neki od tih efekata odražavaju se pojavom bolova u mišićima, hipotermije, preosjetljivošću na svjetlo ili buku, gastrointestinalne smetnje, smanjeni bazalni metabolizam, parestezije ili opće slabosti. Ekstremno držanje dijeta rezultira padom hormona pa time posljedično i amenorejom. [2]

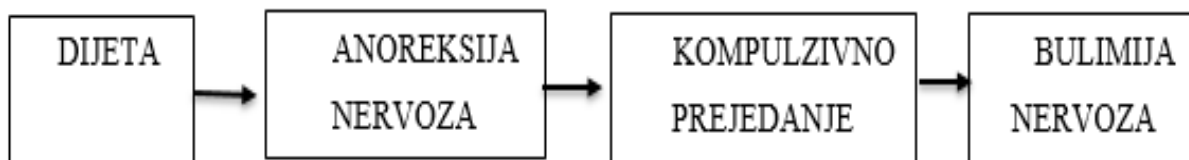
## **6.4. Psihološke promjene**

Psihološki efekti držanja dijete najčešće uključuju promjene u stavovima i ponašanju u odnosu na hranu, te promjene emotivnih, kognitivnih i socijalnih dimenzija. Promjena *stavova* očituje se povećanom zabrinutošću za prehranu i izgled. Osobe se zanimaju sakupljanjem recepata, jelovnika ili knjiga o kuhanju. Pojedine osobe promjene iskazuju i u svom ponašanju prilikom objedovanja, odnosno pokazuju veću tendenciju za prolongiranjem obroka. Na emotivnom planu dolazi do ispreplitanja brojnih raspoloženja kao što euforija nakon koje slijedi apatija, razdražljivost, ljutnja, depresija, anksioznost i emotivna labilnost. Pad koncentracije kao i smanjena sposobnost apstraktnog razmišljanja rezultat su kognitivnih promjena. [2]

## **6.5. Uloga dijete u razvoju poremećaja hranjenja**

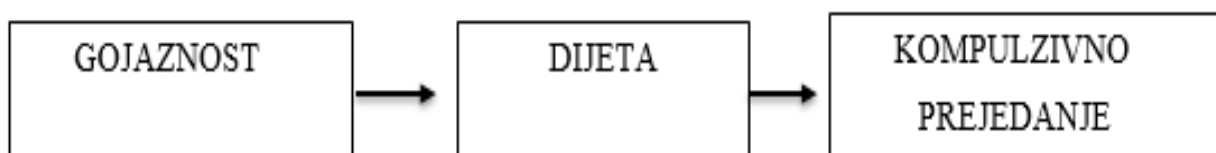
U razvojnoj putanji za razvoj poremećaja hranjenja, dijeta se može pojaviti u različitim trenucima. Firburn je predložio nekoliko obrazaca za prikaz nastanka poremećaja hranjenja, no ono što je karakteristično jest da svaki taj obrazac uključuje i provođenje dijete. [2]

Prema prvom obrascu: bulimija nervoza često je rezultat anoreksije nervoze kojoj je prethodila dijeta. (Slika 6.5.1)



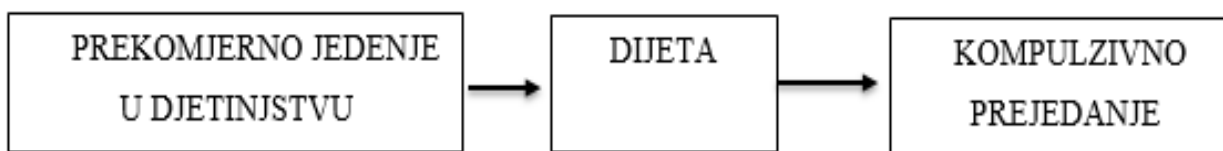
*Slika 6.5.1 Uloga dijeta za razvoj bulimije [2]*

Prema drugom obrascu: mnoge osobe, s naglaskom na one prekomjerne težine, prelaze posve različit put izvještavajući da sve ima svoj početak s epizodama prejedanja. Ove osobe idu iz jedne krajnosti u drugu. Naime, prelaze iz faze gojaznosti na dijetu te s dijeta prelaze u fazu kompulzivnog prejedanja. (Slika 6.5.2)



*Slika 6.5.2 Uloga dijeta u razvoju kompulzivnog prejedanja [2]*

Prema trećem obrascu: pojedine osobe s kompulzivnim prejedanjem navode da su se još u razdoblju djetinjstva prejedale te da su držale dijetu kako bi uspostavile ravnotežu nakon epizoda prejedanja. Dijeta se nije baš odražavala u poželjnom pravcu, već je samo dodatno pogoršavala situaciju jer su osobe istovremeno doživljavale gubitak kontrole nad sobom te se prepuštale nagonu za prejedanje. (Slika 6.5.3)



*Slika 6.5.3 Prijelaz iz prekomjernog jedenja preko dijeta u kompulzivno prejedanje [2]*

## **7. Važnost medicinske sestre u prevenciji i skrbi od poremećaja u hranjenju**

Zdravstveni sustav čini velik broj medicinskih sestara i tehničara. Iako ih se najčešće smatra „pomagačkom“ profesijom, od velike su važnosti i odgovornosti zbog obujma usluga koje pružaju te su kao takvi postali nezamjenjivi u funkcioniranju zdravstvenog sustava. Velika odgovornost nameće se visokoobrazovanim medicinskim sestrama jer usluge koje pružaju u samoj skrbi za pacijenta postaju sve kompleksnije. U nastavku rada pokušat ću pojasniti važnost medicinske sestre u prevenciji i liječenju bolesnika oboljelih od poremećaja hranjenja.

U liječenju i prevenciji poremećaja prehrane znanje ljudi o zdravoj prehrani kao i svjesnost oboljelih o normalnoj tjelesnoj težini imaju važnu ulogu. Primarna prevencija od nastanka bilo kakvih poremećaja, u ovom slučaju poremećaja u prehrani, u najvećoj mjeri bi se trebala svoditi na edukaciju zdrave, opće populacije i stručnjaka koji se susreću s visokorizičnim dobnim skupinama, među kojima su prvenstveno adolescenti. Prema tome od iznimne važnosti može se navesti njezina preventivna uloga u nastanku poremećaja kao i rad unutar tima s oboljelim osobama na način primjeren njihovoj dobi te tjelesnom i psihičkom stanju. Pacijentima, a po potrebi i skrbnicima, treba osigurati obrazovanje i potrebne informacije o prirodi, tijeku i liječenju poremećaja hranjenja. Osim pružanja potrebnih informacija, obitelj i skrbnike može se obavijestiti o skupinama samopomoći i potpore time pružiti priliku za sudjelovanje tamo gdje njihova aktivnost postoji.

Prevenciju poremećaja prehrane medicinska sestra može provoditi na više načina. Budući da je pojava poremećaja u prehrani specifična pojava za ranu adolescentsku dob, dakle školsku dob, od velikog značaja može biti kreiranje efikasnih interventnih programa namijenjenih i prilagođenih školskoj primjeni. Kao jedan od načina provođenja takve prevencije je izrada radionica za učenike viših razreda osnovnih škola te učenike srednjih škola. Medicinska sestra bi kroz radionice trebala s određenom dobnom skupinom obrađivati sadržaje koji se odnose na oblikovanja ženskog identiteta, stjecanja samopouzdanja, razbijanja medijskih stereotipa o ženskoj ljepoti, poboljšanja prehrambenih navika te razvijanja pozitivnog odnosa prema tijelu.

Isto tako važnost medicinske sestre u prevenciji poremećaja prehrane može se očitovati izradom zdravog jelovnika za vrtiće, škole, bolnice i druge ustanove u kojima borave djeca, adolescenti i odrasle osobe. Cilj takve prevencije je naučiti i naviknuti djecu i ostale dobne skupine na zdrav i pravilan obrok, upoznati ih s osnovnim pojmovima vezanim uz prehranu, naučiti ih koji su osnovni nutrijenti u hrani koji su potrebni ljudskom organizmu da bi pravilno funkcionirao, koje su preporučene dnevne doze nutrijenata, upoznati ih s osnovnim poremećajima u prehrani te pravilima ispravne prehrane. Sudionike različitih programa s ciljem

prevencije poremećaja prehrane treba naučiti kako se pravilno hraniti, kako bi isto tako na temelju naučenog mogli prepoznati poremećaje prehrane kod svoje obitelji i prijatelja, te ih savjetovati kako se pravilno hraniti i gdje da potraže potrebnu pomoć. Članove obitelji, uključujući braću i sestre, obično treba uključiti u liječenje djece i adolescenata s poremećajima hranjenja. Intervencije mogu uključivati razmjenu informacija, savjete o ponašanju i olakšavanje komunikacije.

Još jedan od načina podrške i prevencije poremećaja prehrane je formiranje grupne podrške za osobe s poremećajima prehrane ili ljude koji su bliski s onima koji su oboljeli od istog. Ponekad okupljanje i razgovor o svojim iskustvima može pomoći prijateljima i članovima obitelji nekoga s poremećajem prehrane tako da dobiju podršku jedni od drugih. Medicinska sestra može započeti jednu od tih skupina i održavati sastanke u privatnom prostoru ili na javnom mjestu na kojem se svatko osjeća ugodno.

Nadalje, za prevenciju poremećaja prehrane opću populaciju treba što više informirati o dobrobiti bavljenja tjelesnom aktivnošću. Vježbanje kod ljudi s anoreksijom kod kojih je pretjerano vježbanje često komponenta općeg poremećaja, tijekom programa oporavka pojedine vježbe mogu se koristiti i kao nagrada za razvoj dobrih prehrambenih navika i kao način smanjivanja nervoze želuca i crijeva koja obično dolazi uz oporavak. Vježbe se ne smiju raditi u slučaju teških medicinskih problema i ako pacijent u značajnoj mjeri nije povećao svoju tjelesnu težinu. [12]

Budući da je zadatak medicinske sestre u samoj prevenciji poremećaja u hranjenju, što je vidljivo iz prethodnog teksta, da se zaključiti da tijekom svoje edukacije medicinska sestra treba ulagati najviše u svoje znanje. Isto tako potrebno je navesti kako osim znanja, sposobnosti i praktičkih vještina, medicinska sestra ne bi trebala zaboraviti neizostavni instrument u njezi bolesnika, a to je ona sama. Pacijentima je potrebna podrška i razumijevanje za njihovo stanje, što istovremeno zahtjeva educiranost medicinske sestre kako bi izbjegla moguće zamke njihovih manipulacija i izazova. Da bi metode bile učinkovite potrebno je prepoznati potrebe i mogućnosti svakog pojedinca. Nadalje, važan je i pristup medicinske sestre prema pacijentu. Pristup koji bi prema svakom pacijentu trebala razviti temelji se na holizmu što uključuje osobne, okolinske, obiteljske okolnosti te rad na području obiteljske i specijalne medicine. Svaki plan zdravstvene njege je individualan što znači da je svaka osoba posebna i za svaku osobu je posebno rađen plan zdravstvene njege. Dobar odnos pacijent-medicinska sestra od velike je važnosti od samog početka jer povjerenje koje se stvara u osobu koja pomaže, uvelike pospješuje i ubrzava tijek liječenja. [14]



## **8. Najčešće sestrinske dijagnoze kod osoba s poremećajem u prehrani**

### **1. Poremećaj tjelesnog izgleda**

DEFINIRAJUĆA OBILJEŽJA:

- Negativno doživljavanje sebe i svog tijela
- Gađenje prema samome sebi (impulzivno ili opsesivno)
- Intenzivan strah od dobivanja ili nemogućnosti gubitka na tjelesnoj težini

### **2. Neuravnotežena prehrana- manja od tjelesnih potreba**

DEFINIRAJUĆA OBILJEŽJA:

- Tjelesna težina 15 % do 29 % ili više ispod idealne tjelesne težine za visinu
- Samoograničavanje u unosu hrane unatoč gladi
- Opsjednutost osobe hranom, kalorijama i težinom

### **3. Neuravnotežena prehrana- veća od tjelesnih potreba**

DEFINIRAJUĆA OBILJEŽJA:

- Tjelesna težina veća za 20% ili više od idealne
- BMI je iznad 25.0
- Dokumentirano prekomjerno unošenje hrane i tekućine-napitci
- Izjave bolesnika da je gladan

### **4. Visok rizik za suicid**

### **5. Visok rizik za dehidraciju**

### **6. Anksioznost [15]**

## **8.1. Ostale moguće sestrinske dijagnoze**

1. Opstipacija
2. Smanjeno podnošenje napora
3. SMBS – hranjenje
4. Socijalna izolacija
5. Poremećaj misaonog procesa
6. Poremećaj osobnog identiteta
7. Visok rizik za opstipaciju

8. Visok rizik za poremećaj termoregulacije
9. Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine
10. Neupućenost u rizike osnovne bolesti
11. Poremećaj misaonog koncepta
12. Kronično nisko samopoštovanje
13. Strah od debljine
14. Obrambeno suočavanje
15. Nesuradljivost
16. Spremnost na unaprjeđenje self koncepta [16]

## **8.2. Sestrinske intervencije kod bolesnika s poremećajima hranjenja**

- pri prijemu osobe s poremećajem u uzimanju hrane izmjeriti: tjelesnu težinu, tjelesnu visinu, BMI, opseg struka i bokova
- ukoliko nije drugačije ordinirano, osobu s poremećajem u hranjenju vagati dva puta tjedno
- potrebno je odrediti ciljanu tjelesnu težinu i tjednu dinamiku prirasta na tjelesnoj težini
- u suradnji s nutricionistom izraditi individualni jelovnik
- za adekvatan unos i sprječavanje manipulacije potrebno je provesti opservaciju osobe s poremećajem hranjena
- za vrijeme obroka, ali i nakon obroka koristiti tehniku asistiranog hranjenja
- poticati na vođenje dnevnika prehrane pri čemu se savjetuje zapisivanje svega što je osoba pojela te kako se pritom osjeća
- tijekom hranjenja biti uz bolesnika
- pomoći i podučiti pacijenta vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti: vođena imaginacija / vizualizacija ugodnih trenutaka, vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije, humor
- pružiti pomoć za razvoj zdravih obrambenih mehanizama
- poticati na izražavanje osjećaja, misli i ponašanja prilikom kritičkog osvrta na vlastito ponašanje
- podržati pozitivno mišljenje bolesnika o sebi
- osigurati dovoljan unos tekućine
- primijeniti ordinirani laksativ / supozitorij / klizmu
- bolesniku dati konzumirati napitke i namirnice koji potiču defekaciju: suhe šljive, smokve

- kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije
- mjeriti vitalne funkcije
- pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza i konzultirati liječnika
- koordinirati cjelokupni terapijski program s članovima tima i sa stručnim suradnicima
- podučiti bolesnika o čimbenicima koji doprinose oštećenjima sluznice usne šupljine
- edukacija bolesnika o specifičnom poremećaju [15]

Kod oboljelih od poremećaja hranjenja psihoedukacijske grupe namijenjene su razvijanju novih znanja i vještina, učenju činjenica, te ispravljanju patoloških obrazaca ponašanja:

- učenje o adekvatnoj prehrani
- komuniciranje - asertivna komunikacija i aktivno slušati
- oblikovanje odnosa s drugima
- povećanje sposobnosti za socijalno prilagođavanje
- razvijanje pripadnosti
- dijeljenje osjećaja s drugima, izmjenjivanje pozitivnih iskustava
- učenje tehnika za rješavanje problema
- razvoj realne samoprocjene
- razvoj sposobnosti za spoznavanje i poštivanje individualnosti drugih osoba
- bolje razumijevanje i prihvaćanje sebe i drugih
- razvijanje strpljivosti, spontanosti, otvorenosti, ustrajnosti. [17]

## 9. Zaključak

Poremećaji u prehrani obuhvaćaju brojne oblike, a kao najpoznatiji navode se anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Dva poremećaja koja imaju potpuno drukčiji pristup hrani, ali cilj takvog pristupa je isti, a to je težnja za kontrolom tjelesne težine. Povod za kontrolom nastaje zbog osjećaja nezadovoljstva sa sobom, neprihvatanja sebe kao osobe te potpunog gubitka osjećaja vlastite vrijednosti. Prema tome tjelesna težina kod osoba oboljelih od ovakve vrste poremećaja mjerilo je vrednovanja sebe kao osobe.

Pišući završni rad spoznala sam da sam svjedokinja još uvijek prisutnog opće poznatog poremećaja hranjenja čiji opisi datiraju još iz doba antike. Kao osvrt na završni rad, sa sigurnošću se može zaključiti kako je promicanje izgleda tijela i dalje prisutno. Postali smo zemlja u kojoj se sve veći broj ljudi počinje interesirati o izgledu svog tijela, ali ne isključivo zbog zdravlja, već društveno nametnutih ideala. Utjecaj u promicanju takvog tijela može se prvenstveno pripisati medijima, ali i društvenim mrežama. Putem društvenih mreža pokreću se brojni profili, grupe ili stranice koje za cilj imaju promoviranje vlastitog tijela kao „zdravog“ i „idealnog“ izgleda te načina i brojnih savjeta što su im pridonijeli u izgradnji takvog tijela. No, čini se da velik broj osoba u namjeri izgradnje tijela kakvome se teži podliježe nesvjesnom razvoju poremećaja hranjenja. Ponašanja kojima se nastoji doći do takvog izgleda u određenoj mjeri se isprepliću kao i u opisanim poremećajima. Natjecateljski stav ili sklonost divljenju te poželjnost razlozi su čestog provođenja raznih restriktivnih dijeta, odnosno načina hranjenja u kojima se prakticira prevelik kalorijski deficit i uzimanje samo dozvoljenih namirnica specifičnih za pojedinu dijetu. Nakon toga slijede epizode prejedanja poznate pod nazivom „cheat meal“ koji se najčešće pretvara u „cheat day“- prejedanje u kojem osoba zbog iscrpljenog organizma ima žudnju za brojnim namirnicama, obično visokokaloričnim. Dan nakon prejedanja praćen je osjećajem krivnje zbog kojeg se u najvećem broju slučajeva provodi ponašanje kao što je unos hrane u kalorijskom deficitu ili vježbanje u jačem intenzitetu s namjerom kompenziranja prethodno unesene kalorijske vrijednosti. Takva ponašanja često su rezultat začaranog kruga- prejedanje, krivnja, restrikcija, iz kojega se ne može pronaći izlaz. Isto tako, brojne osobe imaju problem s hranom. Razlog tog problema leži u podjeli hrane na „dobre“ i „loše“ namirnice. Takva podjela hrane osobe navodi na odricanje od „loše hrane“ do određenih granica, no kada odricanje prijeđe svoje granice dolazi do prejedanja, a česte epizode put su do prijelaza iz problema u poremećaj s unosom hrane.

Za dobro psihofizičko funkcioniranje organizma bilo bi poželjno educirati se o načinu na koji on funkcionira unosom pojedine namirnice, prakticirati uravnoteženu, balansiranu prehranu, jer

pri svakodnevnom odabiru hrane koju jedemo nesvjesno pravimo izbor između zdravlja i bolesti, dobrog raspoloženja ili s druge strane mrzovolje. Potrebno je reagirati na pojavu prvih simptoma poremećaja hranjenja. Poremećaj hranjenja se može izliječiti, ali je potrebno napraviti korak k tom izliječenju, prvenstveno traženjem odgovarajuće pomoći.

U Varaždinu, \_\_\_\_\_

Dragana Bogdan

---



Sveučilište  
Sjever



SVEUČILIŠTE  
SJEVER



IZJAVA O AUTORSTVU  
I  
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Dragana Bogdan (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Sestrinska skrb za bolesnike obasle od (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Dragana Bogdan  
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Dragana Bogdan (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Sestrinska skrb za bolesnike obasle od (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Dragana Bogdan  
(vlastoručni potpis)

## 10. Literatura

- [1] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [2] N. A. Randić: Razvoj poremećaja hranjenja, Naklada slap, Jastrebarsko, 2004
- [3] D. Marčinko i suradnici: Poremećaji hranjenja od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013
- [4] G. Niklewski, R. R.-Niklewski: Kako živjeti s graničnim poremećajem ličnosti: savjeti oboljelima i njihovim partnerima, Naklada slap, Jastrebarsko, 2004
- [5] V. Vidović, Anoreksija i Bulimija, Bioblioteka časopisa „Psiha“, Zagreb, 1998.
- [6] R. D.-Grave: Kako pobijediti poremećaje hranjenja – Program temeljen na kognitivno-bihevioralnoj terapiji, Veble commerce, Zagreb, 2015
- [7] Meštrović: Poremećaji hranjenja, Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, 2014.
- [8] S. Nikolić, M. Marangunić i suradnici: Dječja i adolescentna psihijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2004
- [9] S. Nikolić: Mentalni poremećaji u djece i omladine, 2. Školska knjiga, Zagreb, 1990
- [10] MK. Dulcan, DR. Martini: Concise Guide to Child and Adolescent Psychiatry, American Psihiatryc Press Inc. Washington, 1999
- [11] [http://www.hope.hr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5&Itemid=3](http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=3), dostupno 14.7. 2017
- [12] K. Rajković, Medicinska sestra u prevenciji poremećaja prehrane, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2015
- [13] CF. Ziervogel: Anorexia Nervosa and Bulimia, Countaing Medical Edacation 1990; 8: 233-242
- [14] I.V. Pehar, Poremećaji hranjenjau dječjoj i adolescentnoj dobi, Završni rad, Sveučilište u Splitu, Split, 2016
- [15] D. Šimunec, S. Šepec, R. Evačić: HKMS - Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013.
- [16] P. Horvat, Zdravstvena njega kod poremećaja hranjenja-Anoreksija nervoza, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2016
- [17] N. Žeželj, Poremećaji hranjenja, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin , 2013

## 11. Popis slika

Tablica 5.1.1 Zajednički simptomi anoreksije nervoze i bulimije nervoze .....	17
Slika 5.2.1 Prijelaz poremećaja iz jedne kategorije u drugu .....	18
Slika 6.5.1 Uloga dijeta za razvoj bulimije .....	21
Slika 6.5.2 Uloga dijeta u razvoju kompulzivnog prejedanja.....	21
Slika 6.5.3 Prijelaz iz prekomjernog jedenja preko dijeta u kompulzivno prejedanje .....	21